

年 月 日

一般財団法人 ハスカッププラザ
苫小牧市保健センター 行

被保険者証記号：苫小牧 _____

被保険者証番号： _____

ふ り が な
患 者 氏 名 _____

住 所 〒 _____

苫小牧市 _____

電話番号 _____

「苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラム」同意書

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、次の説明を受け、苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加することに同意します。

- 1 一般財団法人ハスカッププラザは、主治医（かかりつけ医）から指示を受けた内容に基づき、生活習慣の改善にむけた保健指導を行うこと。
- 2 保健指導の期間はおおむね 6 か月程度であり、その間、一般財団法人ハスカッププラザと主治医（かかりつけ医）は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること。
- 3 糖尿病治療に関する指示は主治医（かかりつけ医）に従うこと。
- 4 苫小牧糖尿病性腎症重症化予防プログラムに関わる個人情報については、苫小牧市健康支援課、国保課、一般財団法人ハスカッププラザ等で分析、統計等に活用しますのでご了承願います。

※ 主治医（かかりつけ医）と連携した保健指導を行うため、下記に医療機関名及び主治医名をご記入ください。

医療機関名 _____

主治医名 _____

苫小牧糖尿病性腎症保健指導指示書（初回・3か月後）

年 月 日

一般財団法人 ハスカッププラザ
 苫小牧市保健センター 行

医療機関名
 住 所
 電話番号
 医師氏名

被保険者証 記号・番号	記号：苫小牧 番号：		
ふりがな 患者氏名・性別	男・女	生年月日 昭和 年 月 日（ 歳）	
住 所	苫小牧市	電話番号	
傷病名 (該当するものにレ 印をお願いいたします)	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症（ 期） <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症（ 無 ・ 有 ） <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害（ 無 ・ 有 ） <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保健指導における 指示および留意事項 (該当するものにレ 印をつけ、必要事項を ご記入願います)	<input type="checkbox"/> 食事療法 1日の指示エネルギー摂取量_____キロカロリー 塩分制限：無・有（ g/日） たんぱく質制限：無・有（1.0g/Kg 体重/日） 炭水化物比率：（ 50% ・ 55% ・ 60% ） <input type="checkbox"/> 運動療法 [] <input type="checkbox"/> 治療薬 [] <input type="checkbox"/> その他 []		
検査データ (検査日) 年 月 日	・血糖(空腹時・随時) mg/dL ・HbA1c % ・eGFR mL/分/1.73m ² ・血圧 / mmHg	・アルブミン尿 mg/gCr ・尿たんぱく定性（ + ・ 2+ ・ 3+ ） ・その他	
その他の 留意事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が困難である <input type="checkbox"/> 治療が中断しがちである <input type="checkbox"/> その他 []		

